Community Health Connections

We take great care of you!

Cuidando a los niños - Programa dental escolar

Este año su hijo tiene la oportunidad de participar en el programa escolar de prevención de caries Caring for Kids a través de Community Health Connections.

¡El programa dental Caring for Kids no tiene costo para usted!

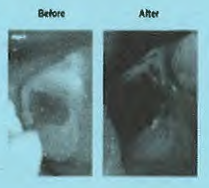
Todos los niños en edad escolar, independientemente de su estado de seguro o capacidad de pago, son elegibles para participar.
No tiene ningún costo para el paciente. (Si el niño tiene seguro, se facturará el seguro).

El programa de prevención de caries de CFK brindará los siguientes servicios en la escuela de su hijo:

- **Un examen dental: Para revisar los dientes, la boca y las encías.**
- **Limpieza de dientes: Para eliminar la placa.**
- **Tratamiento con flúor: Pintado sobre los dientes para proteger de las caries.**
- **Educación Dental: Enseñar a los niños a cuidar sus dientes.**
- **Radiografías: Para comprobar si hay caries entre los dientes, para comprobar infecciones en la raíz** (según sea necesario).
- **Selladores: Se colocan en la superficie de masticación de los dientes para prevenir las caries.** (según sea necesario).
- **Restauraciones SMART: Para eliminar/tratar caries y sellar diente/dientes con una capa protectora.** (según sea necesario).
- **Fluoruro de diamina de plata (SDF): Para evitar que las caries se formen, crezcan o se propaguen a otros dientes (según sea necesario).**

SDF: Las caries dentales son muy comunes en los niños, pero ahora nuestros dentistas escolares tienen una alternativa segura e indolora a los procedimientos tradicionales de perforación de cavidades llamada fluoruro de diamina de plata (SDF). SDF es un antibiótico líquido aprobado por la FDA que se usa para ayudar a prevenir la formación, el crecimiento o la propagación de caries a otros dientes. Simplemente se cepilla sobre el diente.

- El dentista de la escuela utilizará SDF únicamente en los dientes posteriores.
- Es normal que el SDF tiña la cavidad de color marrón o negro.
- El color marrón/negro significa que el SDF está funcionando.
- Las partes sanas del diente no se mancharán.
- Es posible que el tratamiento con SDF no elimine la necesidad de un empaste tradicional.
- El SDF puede manchar temporalmente áreas cercanas en la boca.
- La mancha no causa daño y debería desaparecer por sí sola en unos pocos días o un par de semanas.
- El SDF puede causar un sabor metálico temporal.



Si su hijo necesita un dentista, lo ayudaremos a encontrar un dentista local y marcar una cita para recibir atención. La atención recibida en este programa es sólo preventiva. La atención preventiva no sustituye ni reemplaza la atención dental. Si su hijo necesita más tratamiento dental, será su responsabilidad. Si desea una copia de su Aviso de Privacidad, visite nuestro sitio web www.chcfhc.org

ENLÍSTATE AHORA

ENVÍE EL FORMULARIO DE INFORMACIÓN completo A LA ESCUELA DE SU HIJO Si tiene preguntas, llame a Caring for Kids al 978-878-8370.

Los formularios descargables en inglés, español y portugués se pueden encontrar en nuestro sitio web.
www.chcfhc.org/caring-for-kids

Leominster Community Health & Urgent Care Center

Fitchburg Community Health Center I ACTION Community Health & Urgent Care Center, Fitchburg

Greater Gardner Community Health Center I South Gardner Community Health & Urgent Care Center

WWW.CHCFHC.ORG

Rev 6/25

Community Health Connections

Programa dental Cuidando a los niños

☐ ***NO, no estoy interesado en que mi hijo participe. (No continúe ni devuelva el formulario a la escuela. Recicle este formulario).***

☐ **SÍ, doy mi permiso para que mi hijo participe en el programa dental Caring for Kids.**

Entiendo que mi hijo puede recibir lo siguiente como parte del programa: examen dental, limpieza dental, barniz de flúor, selladores (según sea necesario).

☐ SÍ ☐ NO Doy mi permiso para que se tomen radiografías según sea necesario.

☐ SÍ ☐ NO Doy mi permiso para que se realicen restauraciones con fluoruro de diamina de plata (SDF) y SMART según sea necesario.

POR FAVOR IMPRIMIR

Escuela:_____ **Grado:**_____ **Maestro de salón principal:**_____

Apellido: _____ Nombre:_____ Fecha de nacimiento:_____

Dirección: _____ Codigo:_____

Nombre de los padres: _____

Correo electrónico de los padres: _____ Teléfono celular de los padres:_____

¿Qué idioma habla mejor su hijo? _____ ¿Qué idioma habla mejor el padre? _____

Sexo del niño: ☐ femenino ☐ masculino ☐ OTRO

¿Cuál es la raza de su hijo? ☐ Indio americano/nativo de Alaska ☐ Indio asiático ☐ Otro asiático ☐ Negro/afroamericano ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guameño o Chamorro Japonés Coreano ☐ Nativo de Hawái ☐ Somoano ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Vietnamita ☐ Blanco ☐ No declarado

¿Cuál es el origen étnico de su hijo? ☐ Cubano ☐ Mexicano, Mexicoamericano/Chicano ☐ Puertorriqueño ☐ Otro Hispano,Latino o de origen Español ☐ No Hispano, Latino o de origen español ☐ No declarado/rechazado

¿Cuál es el estado actual de vivienda de su hijo? ☐ Propio/alquiler ☐ Vivienda de transición duplicada ☐ Vivienda Tradicional ☐ Refugio para personas sin hogar ☐ Calle ☐ Sección 8 ☐ Vivienda pública ☐ No vivienda pública

(Vivir en un lugar público o privado que normalmente no se utiliza para dormir; por ejemplo, un automóvil, un parque, un edificio abandonado, una estación de autobús/tren).

Historial de salud: complete toda la sección.

¿Su hijo está tomando algún medicamento? ☐ NO ☐ SÍ (por favor enumere) _____

¿Su hijo tiene alguna alergia? ☐ NO ☐ SÍ (por favor enumere)_____

¿Su hijo necesita tomar algún antibiótico antes de recibir un tratamiento dental? ☐ NO ☐ SÍ (ver más abajo)

En caso afirmativo, díganos el motivo de la premedicación y qué antibiótico toma su hijo:

_____

¿Su hijo alguna vez ha tenido una enfermedad o condición? ☐ NO ☐ SÍ (Marque todo lo que corresponda)

☐ ADD/ADHD ☐ Anemia ☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Epilepsia/Convulsiones ☐ Enfermedad cardíaca ☐ Hepatitis ☐ VIH/SIDA ☐ Enfermedad renal/hepática ☐ Fiebre reumática ☐ TB ☐ Otro: _____

¿Tiene su hijo seguro dental? ☐ NO ☐ SÍ (por favor complete a continuación)

Nombre de la compañía de seguro dental: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

N.° de identificación:_____ N.° de poliza de grupo _____

Nombre del empleador: _____

Entiendo que Caring for Kids puede utilizar la información de mi hijo para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Me han ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad. He leído y entiendo el programa y los servicios dentales y doy mi consentimiento para que mi hijo participe en el programa. Autorizo a Caring for Kids a proporcionar un resumen escrito de los servicios brindados a mi hijo y a un funcionario designado por la escuela de mi hijo. Entiendo que mi hijo puede continuar recibiendo servicios de otro proveedor. Si tengo seguro dental, reconozco que estos servicios pueden afectar mis derechos y beneficios de seguro futuros, y autorizo a mi compañía de seguros a que se le facture cualquier servicio prestado.

FIRMA AQUI

X _____ Fecha:_____ Relacion hacía el niño:_____

Firma del Padre / Tutor